

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

325

(Diplôme d'État)

PAR

Bertrand BEAUCHESNE

Né le 20 Septembre 1916, à Montfort-sur-Risle (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le..... 19.....

-2 MAI 1945

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
SEMINOME DE L'OVAIRE

Président : M. L. PORTES, Professeur.

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1945

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDICINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Re naud BEAUCHESSNE

Né le 20 Septembre 1916, à Montfort-sur-Risle (Eure)

19

Présentée et soumise publiquement le 10

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

SEMINOME DE L'OVAIRE

Président : M. L. PORTES, Professeur

Lucien CARO, Imprimeur

13, Rue Tiquet-Bellier

PARIS (XIII)

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BEAUCHESNE.**

Prénom : **Bertrand.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

BEAUCHESNE (Bertrand).

Contribution à l'étude du Séminome de l'ovaire. — Paris, Lucien Cario, imp., 1945, in-8° raisin, 48 pages.

BEAUCHESNE (Bertrand).

Contribution à l'étude du Séminome de l'ovaire. — Paris, Lucien Cario, imp., 1945, in-8° raisin, 48 pages.

BEAUCHESNE (Bertrand).

Contribution à l'étude du Séminome de l'ovaire. — Paris, Lucien Cario, imp., 1945, in-8° raisin, 48 pages.

BEAUCHESNE (Bertrand).

Contribution à l'étude du Séminome de l'ovaire. — Paris, Lucien Cario, imp., 1945, in-8° raisin, 48 pages.

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Bertrand BEAUCHESNE

Né le 20 Septembre 1916, à Montfort-sur-Risle (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le..... 19.....

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

SEMINOME DE L'OVAIRE

Président : M. L. PORTES, Professeur.

Lucien CARIO, Imprimeur

13, Pass. Trubert-Bellier

PARIS (XIII^e)

1945

DOYENS HONORAIRES :
MM. H. ROGER, BALTHAZARD, ROUSSY ET TIFFENEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :
MM. BALTHAZARD, BAR, BASSET, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT,
CHIRAY, CLAUDE, CLERC, A. COUVELAIRE, CUNÉO, DELBET, HARTMANN,
HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LENORMANT,
MARION, MULON, OMBRÉDANNE, H. ROGER, ROUSSY, SANNIÉ,
SÉBILEAU, SÉZARY, TANON ET TIFFENEAU

DOYEN BAUDOUIN.
ASSESSEUR LÉON BINET.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	{ BROCC. CADENAT. MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale....	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Cliniques médicales	{ ABRAMI. FIESSINGER. HARVIER. P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	{ LANTUÉJOUL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique urologique	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. N...		{ GARCIN. DE GENNES.
	{ DELARUE.		{ HAGUENAU.
Anat. pathologique..	{ M ^{lle} GAUTHIER VILLARS.	Médecine générale..	{ LELONG. LENÈGRE.
Bactériologie	BONNET.		{ MARCHAL.
Chimie médicale ..	N...		{ MOLLARET.
	{ AMELINE.		{ MOUQUIN.
	{ FÈVRE.		{ SOULIÉ.
	{ FUNCK-BREN- TANO.	Médecine légale	{ DESOILLE.
Chirurgie générale..	{ MÉNÉGAUX.		{ DIGONNET.
	{ PATEL.	Obstétrique	{ LACOMME.
	{ SICARD.		{ SUREAU.
	{ N...		{ N...
	{ N...	Ophtalmologie	RENARD.
	{ N...	Oto-rhino-laryngol...	HALPHEN.
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie	LAVIER.
Hydrologie	N...	Parasitol. coloniale .	N...
Hygiène	N...	Pathologie expérim..	LEMAIRE.
	{ BARIÉTY.	Pharmacologie	{ M ^{lle} J. LÉVY.
	{ BERNARD (Ét.)		{ N...
	{ BOULIN.	Physiologie	{ RICHET.
Médecine générale..	{ BROUET.		{ N...
	{ CACHERA.	Physiolog. médicale.	DESGREZ (H.).
	{ COSTE.	Thérapeutique	TURPIN.
	{ DELAY.	Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIÉDELIÈVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Cliniq. chirurgicale.	{ GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale ..	{ ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy
Cliniq. obstétricale .	ECALLE.	Clinique urologique.	MOREAU. FEY.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture	N...	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDoux- LEBARD.		

MM.

Secrétaire de la Faculté. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef.. A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR PIERRE BEAUCHESNE

*Quel exemple il fut pour nous ! Que de
leçons fructueuses il nous laisse ! Il fut
notre premier et notre meilleur maître.*

A MA MÈRE

*Qu'elle trouve ici le témoignage de notre
amour filial.*

A MA FEMME

En témoignage de ma tendre affection.

A MES SOEURS

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT
DE MANTES

*En témoignage de cette solide amitié for-
gée pendant les jours d'épreuve.*

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse, en témoignage de
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT DUPONT

Associé National de l'Académie de Chirurgie
Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Mantes

*Qui nous a inspiré cette thèse et guidé
dans sa rédaction. Qu'il veuille trou-
ver ici le témoignage de notre affec-
tion et de notre reconnaissance.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE ROUEN
(1936-1940)

Professeur LOUIS NÉE
Professeur DEVÉ
Professeur PETIT
Docteur PIERSON
Docteur CASTAGNO
Docteur JOUSSEAUME
Docteur LACROIX
Docteur CAUCHOIS
Docteur POTEZ
Docteur STEWART
Docteur VAUDOUR
Docteur HÉCARD (*in memoriam*)
Docteur THOREL

A MES CAMARADES DE CAPTIVITÉ
20 Juin 1940-24 Décembre 1943

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Professeur PORTES
Professeur LEVY-SOLAL
Docteur MORIN, Assistant

INTERNAT A L'HOPITAL DE MANTES

Docteur SEGUIN
Médecin-Chef de l'Hôpital
Docteur ROBERT DUPONT
Chirurgien-Chef de l'Hôpital

INTRODUCTION

En 1911, Chenot, étudiant les tumeurs de l'ovaire opérées par le Professeur Gosset, leur reconnaît une grande analogie avec certaines tumeurs du testicule, décrites quelques années auparavant par le Professeur Chevassu et dénommées « séminomes ». Il leur donne le nom de « séminome de l'ovaire ».

Depuis cette époque, plusieurs cas de séminomes de l'ovaire ont été publiés. Mais cette tumeur est rare. Notre maître, le Docteur Robert Dupont, ayant, au cours de sa carrière, rencontré deux fois des séminomes de l'ovaire, nous a donné l'idée de faire de ce sujet l'objet de notre thèse.

Nous étudierons dans notre travail le séminome dans son ensemble, mais, nous nous efforcerons surtout de mettre en relief « les signes biologiques modernes de diagnostic proposés » puis, de montrer que le traitement doit être avant tout chirurgical. Le traitement radiothérapique ne vient qu'en second et dans certains cas déterminés.

OBSERVATIONS

I

L'enfant Rolande H..., âgée de 10 ans 1/2, entre à l'hôpital de Mantes, le 23 octobre 1931, dans le service du Docteur Robert Dupont.

Depuis 8 jours, l'enfant présente des accidents abdominaux qui auraient débuté brusquement par des douleurs vives accompagnées de vomissements et suivies d'une constipation opiniâtre.

La petite malade était suivie dans un dispensaire anti-tuberculeux, où le diagnostic de tuberculose péritonéale a été porté et la demande d'envoi dans un centre spécial formulée. L'enfant était sur le point de partir pour ce centre, lorsque les accidents qui motivèrent son entrée à l'hôpital sont apparus.

Au point de vue tuberculeux, les antécédents sont chargés : mère morte de tuberculose intestinale, deux frères morts de coqueluche ??? une sœur morte de tuberculose. Notre malade est née la dernière.

L'enfant est d'aspect chétif, très amaigrie. L'abdomen est distendu de façon asymétrique, la distension étant plus marquée à droite qu'à gauche.

Aucune défense dans la région épigastrique, ni dans la partie gauche du ventre; par contre, à droite, existe une défense assez nette qui n'empêche cependant pas de percevoir une masse sous-jacente, très dure, bosselée, douloureuse et immobile. Cette masse n'a pas de contact lombaire. La température oscille autour de 39°. — Vomissements continuels — Urines normales — Constipation opiniâtre.

Le diagnostic est très hésitant. Le fait dominant est évidemment l'occlusion qui se précise. Mais quelle en est la cause ? Etant donné les antécédents de la malade, on pense à une occlusion causée par une péritonite bacillaire et la masse perçue serait un « glaçon », comme on peut en rencontrer dans certaines formes de tuberculose péritonéale. Mais cette masse est trop volumineuse pour être considérée comme telle ; de plus, il n'y a pas d'ascite, ce qui est exceptionnel dans les péritonites tuberculeuses. Bien que la tumeur n'ait pas de contact lombaire, mais étant donné sa situation, nous pensons plutôt à une tumeur du rein, tumeur conjonctive, maligne, comme on en rencontre parfois chez l'enfant, entraînant des troubles de la circulation intestinale par compression ou par voie réflexe.

La tumeur faisait saillie, en avant. Le Docteur Robert Dupont intervient le 26 octobre par voie antérieure. — Incision latérale droite, en dehors du grand droit. Aussitôt le péritoine ouvert, on tombe sur une énorme masse, dont l'énucléation est facile. Il n'existe d'adhérences qu'avec l'épiploon, qui est

en grande partie réséqué. La tumeur est pédiculée et la recherche du pédicule nous conduit sur le ligament large gauche. Il s'agit d'une tumeur de l'ovaire gauche, tombée à droite, sans qu'il existe de torsion du pédicule. Le pédicule est lié par une triple ligature. On explore les annexes droites et l'utérus, qui sont d'aspect normal chez une enfant de cet âge. Suture de la paroi en trois plans sans drainage — suites opératoires très simples — la température tombe le soir même de l'intervention. Sortie le 6 Novembre, soit 11 jours après l'opération.

La tumeur pesait 590 gr., elle a l'aspect d'un rein. Elle mesure 0,15 de long sur 0,10 de large et elle a une épaisseur de 0,05. Elle est d'aspect grisâtre, de consistance assez molle : elle présente à la coupe un aspect encéphaloïde, avec de nombreuses pointes de nécrose.

L'examen histologique a été fait par le Docteur Rubens-Duval, qui a bien voulu remettre la note suivante : « Séminome atypique, à grosses cellules. Ces cellules ont un protoplasma assez abondant et un noyau volumineux, riche en chromatine et pourvu de nucléoles. L'activité karyokinétique est grande. Les cellules occupent les mailles larges d'un stroma grossièrement réticulé et dont les travées sont tantôt minces, tantôt épaisses. Ces travées, ainsi que l'enveloppe fibreuse qui limite extérieurement la tumeur, sont d'ailleurs envahies par les cellules néoplasiques qui s'infiltrant isolément ou par fils. En

quelques points, la tumeur est nécrosée ; en d'autres, on observe quelques infiltrats lymphoïdes. »

Après l'opération, aucun traitement radiothérapique ne fut fait malgré le conseil donné.

Le 12 Novembre 1941, la malade entre de nouveau à l'hôpital.

Depuis l'opération, l'enfant n'a présenté aucun accident jusqu'à ces derniers temps. Elle a été réglée à 14 ans et ses règles ont été normales jusqu'à 16 ans. A cet âge, la malade a eu pour la dernière fois ses règles et elle les a eues très abondantes. Depuis, aménorrhée complète. Cette aménorrhée s'accompagne d'une légère obésité. Les organes génitaux externes sont normalement développés ainsi que les seins et le système pileux. Cette aménorrhée n'a pas cédé à un traitement hormonal persistant. Depuis la disparition des règles, sont apparues des douleurs à forme de tiraillements dans le bas-ventre, spécialement à gauche. Douleurs survenant par crises, plusieurs fois dans le mois et ne correspondant pas aux périodes présumées des règles. Les douleurs ne s'accompagnent ni de troubles digestifs, ni de troubles urinaires.

Un spécialiste gynécologue consulté alors ne s'inquiète nullement des antécédents, ni de la présence d'une cicatrice sur le ventre et diagnostique un kyste de l'ovaire et parle d'opération.

La malade revient alors à l'hôpital.

A la palpation du ventre, on ne perçoit aucune tumeur. Le toucher vaginal n'est pas praticable.

mais au toucher rectal, on perçoit à gauche, une petite masse, douloureuse, peu mobile, se continuant avec le col et qui semble être l'utérus déporté.

Intervention le 17 Novembre 1941.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture du ventre, on trouve une bride très mince qui va de l'S iliaque à la paroi à droite. On reconnaît à droite, un ovaire réduit à une petite masse fibreuse du volume d'un haricot. A sa partie externe, se trouve un kyste séreux, gros comme une noix et dépendant de lui. La trompe est très allongée et très mince. A gauche, on trouve l'utérus. Il est infantile, attiré et fixé dans une logette, entre le péritoine vésical et l'S iliaque. On l'en dégage facilement. Le ligament rond est très mince. On ne trouve pas trace de pédicule ovarien ni de la trompe. L'épiploon rétracté vers le haut, ne peut être ramené. Le colon sigmoïde est dilaté.

Suture de la paroi en trois plans.

Dilatation anale.

Suites opératoires très simples. Sortie de l'hôpital le 16^e jour.

A la suite de l'intervention, les douleurs ont disparu et les selles sont devenues régulières.

La malade a été revue à plusieurs reprises depuis sa sortie de l'hôpital. Elle allait aussi bien que possible.

II

Cette deuxième observation, que nous croyons utile de reproduire, est celle publiée par Robert Dupont et Simard, en 1924.

Mme X..., âgée de cinquante-quatre ans. Dans ses antécédents, on note que sa grand'mère était fort mal réglée et qu'après la naissance du père de la malade, ses règles cessèrent complètement.

Sa mère est morte de cancer de l'estomac.

Son père est mort très âgé, sans qu'elle en sache la cause.

Elle a un frère bien portant.

Cette femme n'a eu ses règles que vers vingt ans. Celles-ci consistèrent uniquement en l'écoulement de quelques gouttes de sang, lesquelles ne se produisaient d'ailleurs que très irrégulièrement, tous les trois ou quatre mois, et ne duraient qu'une demi-journée. Vers quarante ans, cet écoulement cessa complètement.

La malade est une grande femme maigre. Ses glandes mammaires sont complètement atrophiées. On ne perçoit pas de corps thyroïde. La peau du pubis est entièrement glabre ; néanmoins les organes génitaux externes sont parfaitement conformés.

Depuis deux ans, elle souffre du ventre.

Elle a été conduite à consulter, parce qu'elle a été incommodée par des poussées hémorroïdaires

fréquentes et parce que, depuis six semaines, elle urinait difficilement.

A l'examen, on trouve une énorme tumeur faisant saillie au-dessus du pubis du côté gauche.

Au toucher, on est très étonné de ne pas trouver de col ; le vagin semble très court, mais cela n'est pas surprenant, car toute la cavité pelvienne est occupée par une masse correspondante et faisant suite à la masse sentie au-dessus du pubis, masse peu mobile, qui comprime rectum et vessie et qui a tous les caractères d'un fibrome.

En touchant avec grande attention, on perçoit une saillie à l'endroit où devrait se trouver le col, et l'on pense que c'est de lui qu'il s'agit.

La tumeur empêchant de mettre un spéculum, on ne peut vérifier par la vue cette sensation.

Le diagnostic posé étant celui de fibrome, une intervention proposée est acceptée immédiatement.

Opération le 3 mars 1924. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on trouve une énorme tumeur qui semble dépendre de l'ovaire gauche ; elle adhère à l'S iliaque, aux parois du bassin et au Douglas. Elle présente quelques saillies, notamment par en bas, et c'est certainement une de ces saillies qui a été prise pour le col.

Avant de libérer la masse, on va à la recherche de l'utérus et l'on est très surpris de ne pas le trouver à sa place. On le suppose alors masqué par la tumeur et l'on se propose de l'aborder du côté droit

en suivant la trompe, mais, de ce côté, on ne trouve qu'un repli soulevant le ligament large. Ce repli est terminé en dehors par une petite masse jaunâtre, qui semble être l'ovaire. Après ligature du pédicule conduisant à cette masse, on ouvre le ligament large et on va à la recherche de l'uretère. Celui-ci est facilement trouvé, mais, en guise d'utérine, on ne voit qu'un cordon fibreux qui passe devant le conduit urinaire. Après avoir sectionné le cordon, on est mené, en le suivant, sur une petite masse située au centre du bassin et qui paraît être tout ce qu'il y a d'utérus.

La tumeur est cravatée par un cordon analogue à celui qui existe à droite et qui, comme ce dernier, a l'aspect d'une trompe.

Après avoir séparé la tumeur de l'S iliaque, à laquelle elle est unie par quelques fausses membranes denses (que l'on prélève pour l'examen histologique), on cherche l'uretère gauche, qu'on trouve facilement ; cet uretère gauche étant très bien repéré, la tumeur est libérée de bas en haut. L'utérine gauche qui, elle, existe bien, est liée en dehors de l'uretère et conduit en dedans jusqu'à la petite masse centrale signalée.

Puis, après séparation du péritoine antérieur, on attire en haut cette petite masse et on coupe d'avant en arrière, pensant ouvrir le vagin, mais on ne sectionne que des tissus fibreux : le vagin n'est pas ouvert.

La tumeur et les vestiges d'utérus et de trom-

pes étant enlevés, il reste, entre le péritoine pré-rectal et pré-vésical, une nappe celluleuse.

On termine l'opération en rapprochant les deux lames péritonales, antérieure et postérieure, puis l'on ferme le ventre sans drainage.

Suites simples, lever le dixième jour, sortie le quinzième.

HISTORIQUE

Chenot reconnaît dans l'épithélioma de l'ovaire, formé de cellules volumineuses, claires et à contour bien net, une analogie frappante avec le séminome testiculaire décrit par Chevassu en 1906. Certains sont d'avis que le nom d'épithélioma spermatogonique serait plus correct. Mais, en France, l'appellation de séminome de l'ovaire a été consacrée par les travaux de Peyron, Masson, Ménétrier, Isch-Wall, etc... et a prévalu.

C'est surtout à partir de la thèse de Jean Hoche, en 1929, que sont publiés de : Müller, Kraft, Doubrière 1929, Ricard et Accard 1936, et des Roumains: Juina 1929, Lazaresco, Plataréanu 1930, de nouveaux cas de séminomes de l'ovaire.

En 1934, Stoïa et Stanulesco étudient le séminome et redonnent de nouvelles observations.

Béclère, en 1934, dans la « Presse Médicale », publie un article concernant le séminome de l'ovaire et son traitement par la radiothérapie.

En 1936, Gentil publie 16 cas de séminomes ovariens et testiculaires.

En 1937, dans le « Romania medicată », Lazaresco étudie 5 cas de séminomes ovariens.

En 1938, Christidi et Fagarasanu, de Bucarest, dans le « Lyon chirurgical », présentent un travail

sur le séminome ovarien avec trois observations personnelles et étudient la possibilité d'un diagnostic biologique précoce par le test biologique d'Ascheim et Zondeck.

En 1939, Stoïa, Stanculescu, Cioc de Bucarest, publient dans le « Bulletin du Cancer » trois nouvelles observations et une nouvelle étude sur l'existence du prolane A dans le séminome de l'ovaire à la suite des travaux des Américains (Fergusson).

Dans les pays étrangers, particulièrement en Angleterre et en Allemagne, on a étudié également cette question sous le nom de « disgerminome », considérant cette tumeur comme un épithélioma séminifère, mais sans lui attribuer une origine germinative (Mayer, de Berlin).

ANATOMO-PATHOLOGIE

Ces tumeurs furent surtout étudiées, au point de vue histo-pathologique, par Masson, Peyron, Chenot.

Les organes génitaux externes, l'aspect physique des malades et leur psychisme sont le plus souvent normaux : cependant, quelques cas de virilisme (Ménétrier, Masson et Isch-Wall), hirsutisme (Stanciulescu), pseudo-hermaphrodisme ont été signalés. Certains ont même pu étudier les rapports du séminome et de l'hermaphrodisme. Il faut noter que les malformations, lorsqu'elles existent, s'accompagnent souvent de malformations internes ; mais, celles-ci peuvent s'accompagner d'absence de caractère sexuel secondaire. Chez la malade opérée par R. Dupont et Simard, il n'y avait qu'un utérus et des trompes rudimentaires ; mais la vulve, quoique glabre, et le vagin étaient normaux ; les glandes mammaires étaient atrophiées.

Au point de vue macroscopique, ce sont en général de grosses tumeurs. Notre maître, le Docteur Robert Dupont, enlève, le 3 mars 1924, un séminome de 1.220 gr. Dans 11 cas, publiés par Stanciulescu, Cioc, les tumeurs pesaient entre 2.100 grs. et 6.100 grs. Dans le cas de Rendu et Pouzet, la tumeur pesait 180 grs. Dans l'observation que nous

apportons, elle pesait 580 grs. Mais dans ces deux derniers cas, il s'agissait d'enfants de 6 et 10 ans.

Les rapports de ces tumeurs, sont, en général, ceux de tumeurs solides de l'ovaire. Leur pédicule peut être soit épais, œdémateux, large, soit long et mince. Des torsions peuvent se produire, provoquant un épanchement séreux ou hémorragique, et bien d'autres complications, comme nous le verrons plus loin.

Le séminome peut coexister à côté d'une tumeur — embryome et séminome (Ménétrier) — tumeur tridermique (J. Hoche) — Christidi et Fagarsanu (1936) tumeur mixte de l'ovaire : adéno-carcinome de type Pflugerien avec des zones de métaplasie malpighienne et séminome de l'ovaire.

Le séminome bilatéral n'est pas une rareté (Bonnet, Müller, Krafft, Lazaresco, Vincent).

En présence de telles tumeurs, seul l'examen histologique nous renseignera sur sa nature exacte, car c'est une tumeur très caractéristique. Et, l'on peut dire de cette tumeur ce que Peyron a dit à propos du séminome testiculaire : « il n'y a peut-être pas d'autre type de tumeur aussi identique à lui-même que le séminome testiculaire, chirurgiens et anatomo-pathologistes sont d'accord là-dessus ».

C'est un épithélioma germinatif, à grandes cellules claires, contenant du glycogène en grande quantité dans leur protoplasma. Les cellules sont disposées en masse multilobée, conservant la configuration des cordons médullaires, soit en nappe

diffuse et entourée d'un stroma conjonctif et de zones d'infiltration leucocytaire, soit en de petits ilots entourés de travées conjonctives plus grosses. Les cellules ont un contour assez net, le protoplasma est très clair, finement réticulé. Le noyau est volumineux, bien coloré, représentant presque le tiers de la masse cellulaire, et présente un réticulum chromatique fin. On peut y voir un ou deux nucléoles. (Chenot, Masson, Hoche).

ETIOLOGIE

On est aussi peu avancé lorsque l'on recherche les causes prédisposantes et déterminantes du séminome ovarien. Hoche dit qu'elles sont « aussi impossibles à trouver que celles qui président à l'apparition d'un kyste dermoïde ou d'un embryome. Ce sont peut-être les modifications locales ou humorales accompagnant la troisième poussée germinative ovarienne (celle de la puberté) qui déclenchent la prolifération anarchique des éléments à potentiel mâle. De même, nous trouvons 5 cas de femmes âgées de 45 à 69 ans, n'est-ce pas un droit de se demander s'il n'intervient pas alors un phénomène semblable à celui que provoque Benoît sur la gonade droite de la poule en supprimant l'ovaire gauche. La mort de l'ovaire et la suppression de sa sécrétion interne, n'ont-elles pas été l'équivalent de la suppression du frein hormonal ovarien, qui, avait jusque là maintenu à l'état embryonnaire les éléments mâles ».

Cette suggestion de Jean Hoche ne nous satisfait pas entièrement. Il est vrai qu'en 1929 on ne connaissait qu'un cas de séminome avant la ménopause ; et encore il s'agissait d'une femme qui avait une hypoplasie de l'utérus et des annexes. Actuellement, nous connaissons plusieurs observations de

femmes ayant une vie génitale normale : ainsi cette malade de 31 ans qui a eu 2 enfants et à qui l'on enlève une tumeur bilatérale des ovaires, à type de séminome (Vincent 1931), où l'observation de Doubrière (1933) — celui-ci rapporte l'histoire d'une femme de 31 ans, à qui l'on enlève 8 jours après un accouchement normal, un séminome.

La question est donc complexe, et nous nous bornerons à le constater.

Pour la période de la puberté jusqu'à la croissance complète, nous notons dans la littérature que nous avons pu consulter 18 cas entre 14 et 25 ans, 5 cas entre 45 et 69 ans. Mais, entre 30 et 40 ans, nous trouvons 10 femmes, dont 8 au moins, ont une vie génitale absolument normale.

Avant la puberté, cette tumeur semble beaucoup plus rare ; nous n'en connaissons que 2 cas — celui de Pouzet et Rendu, et dernièrement celui de notre maître le Docteur Robert Dupont.

L'hérédité ne semble pas jouer un rôle important. Dans les observations consultées, elle n'est pas notée.

En somme, les causes déterminantes de ces tumeurs reconnaîtraient pour origine, les cellules de la première poussée germinative. Cette première poussée est l'homologue de la poussée germinative, séminifères. Dans l'ovaire elle est abortive et se qui, chez le mâle aboutit à la constitution des tubes séminifères. Dans l'ovaire, elle est abortive et se traduit par la formation des cordons médullaires.

Les tumeurs développées au dépens d'éléments persistants de cette poussée, donneraient naissance au séminome. (Roussy, Leroux, et Oberlin). Ce qui fait que cette tumeur se développe sur une glande hermaphrodite. Cet état, comme le remarque Jean Hoche, dans sa thèse, sous toutes ses formes, constitue une prédisposition au développement des tumeurs séminifères.

ETUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE,

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Si les causes prédisposantes et déterminantes nous échappent, combien peu nette est la symptomatologie !

Comme signes généraux, tantôt on note de l'amaigrissement, de la fièvre (38, 39) des nausées, des vomissements (dans notre cas, il existait des vomissements et de la constipation), tantôt aucun signe particulier.

La douleur est rarement une douleur vive, comme dans l'observation que nous rapportons. Il s'agit, le plus souvent de pesanteur dans la fosse iliaque ; mais, c'est rarement la douleur qui amène la malade à la consultation. Sur une trentaine d'observations connues, on note peut-être 5 femmes, qui viennent consulter pour douleur dans l'abdomen.

Quant aux troubles de la menstruation, ils sont très variables, mais existent habituellement. Nous trouvons des femmes réglées régulièrement (les 2 cas de Chenot) ; des femmes ayant une vie génitale

normale, ayant des enfants (Doubrère, Vincent). Nous trouvons des amenorrhéiques totales (Horand, Fayol, Ménétrier, Peyron, Bécère). Dans d'autres cas, les règles tardives apparaissent à 20 ans, peu abondantes, plutôt un suintement (R. Dupont et Simard, 1924). Certaines ne sont dysménorrhéiques et souvent aménorrhéiques que quelque temps avant la découverte de la tumeur (Procopié, Daniel, 1933). D'autres encore présentent des métrorragies (Stoia, Stanciulescu, Cioe). Il est assez curieux de voir que dans un cas de séminome chez un enfant de 6 ans, cette tumeur s'accompagnait de précocité. Celle-ci n'est pas notée dans l'observation que nous rapportons, quoique nous ayons affaire à un enfant de 10 ans.

Pourquoi, ici, précocité, et là, infantilisme avec tous ses caractères, et ce qui va souvent ensemble, modification du psychisme ?

Il faut noter ici, que des malades, chez lesquelles on trouva une absence d'utérus, purent néanmoins avoir des règles. C'est ainsi que l'histoire de la malade de Robert Dupont et Simard, qui n'avait pas d'utérus, nous rapporte qu'elle avait un écoulement menstruel, ou plutôt un suintement. Cet écoulement ne pouvait donc être que d'origine vaginale chez cette malade, comme chez celle qui est le point de départ de notre travail — un écoulement menstruel était apparu très tardivement pour cesser au bout de quelques années. Il semble que chez ces femmes, l'ovaire incomplètement développé, s'épuise

se, et ne peut fonctionner que très peu de temps, concluent Robert-Dupont et Simard.

Certains ont trouvé chez ces malades, de la frigidity, de l'inversion sexuelle et un manque complet d'appétit sexuel : « une malade, institutrice de profession, était étonnée d'éveiller le désir chez les jeunes filles de son milieu » (Ménétrier, Peyron).

Malgré la fréquence des troubles de la menstruation, on ne peut vraiment pas, par les seuls signes fonctionnels, soupçonner l'existence d'un séminome.

Souvent, ce sont les signes physiques qui conduisent les malades au médecin : ainsi, cette jeune fille, pratiquant son massage quotidien, perçut dans le flanc droit, une masse qui augmentait progressivement et régulièrement (Hamant et Cornil). D'autres fois, elles viennent parce que le ventre a augmenté de volume ; d'autres fois, encore, comme dans le cas rapporté dans cette thèse, on sent à la palpation de véritables glaçons péritonéaux. Le plus souvent, il s'agit de masses mobiles, dures, indolores, pouvant être confondues tantôt avec un utérus gravide ou tantôt avec un kyste de l'ovaire, où avec toute autre tumeur solide de l'abdomen.

On voit que c'est surtout une symptomatologie d'emprunt, et les signes généraux, quand ils existent, sont plutôt en faveur d'une infection générale ou locale. L'absence de règles, fit porter, dans plusieurs cas, le diagnostic de grossesse. Dans un autre cas (Ricard et Accard, 1936), devant un syndrome :

douleur et métrorragie, n'avait-on pas porté le diagnostic de grossesse interrompue ? la réaction de Brouha était positive.

Dans le cas que nous rapportons, c'est surtout avec la péritonite tuberculeuse avec gros glaçons périlonéaux que le diagnostic se pose. En effet, les antécédents tuberculeux, les douleurs vives, accompagnées de vomissements et suivies de constipation opiniâtre, jointes aux signes physiques, avaient le droit de nous induire en erreur.

En réalité, après la lecture des diverses observations, il ressort que le diagnostic clinique est impossible à établir d'une façon précoce. On fait le diagnostic de tumeur abdominale. Peut-être dans certains cas, qui sont assez rares, de malformations congénitales, accompagnées de troubles psychiques, et de modifications des caractères sexuels secondaires, pourrait-on, en présence d'une tumeur abdominale, soupçonner l'existence d'un séminome de l'ovaire.

En résumé, il existe deux grandes formes de séminomes ovariens, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. L'une, où le séminome s'accompagne de malformations de l'appareil génital, avec toutes ses conséquences, formes dans lesquelles, on peut trouver un virilisme plus ou moins accentué, formes rares. L'autre, où le séminome ne s'accompagne d'aucune malformation ; l'appareil génital fonctionnant normalement avec utérus, ovaires, et seins normaux — dans ces for-

mes, la grossesse est naturellement possible, et nous en avons cité plusieurs observations. Entre ces deux formes extrêmes, s'échelonnent des cas intermédiaires, où, tout en existant, l'appareil génital est atrophié de façon plus ou moins marquée.

*
**

Jusqu'à ces dernières années, le séminome ne fut jamais diagnostiqué qu'à l'examen histologique. Mais, depuis, grâce aux tests biologiques, le diagnostic du séminome est entré dans le domaine du possible.

Zondeck, en 1929, trouve du prolan A, dans les urines d'un homme atteint de néoplasme du testicule; puis, il trouve de nouveau ce même prolan dans deux cas de chorionépithéliome.

Fergusson, surtout, en Amérique, démontre que tout homme porteur d'un néoplasme du testicule, avait du prolan A dans ses urines. La tumeur maligne, la plus fréquente, étant le séminome, la présence du prolan A est en faveur de ce diagnostic.

D'aucuns ont pensé que de l'identité anatomique du séminome de l'ovaire, avec celui du testicule, on pouvait conclure à l'identité des réactions hormonales et avoir l'espoir de le dépister et de le traiter précocement.

Antoine Bécère, étudiant cette question, termine en disant qu'à l'avenir, une excellente règle de conduite en présence d'une femme portant une

tumeur solide de l'ovaire, sera de rechercher et de mesurer l'excrétion urinaire du prolan A.

Il faut, cependant, noter que chez la femme, les causes d'erreur sont beaucoup plus nombreuses que chez l'homme (gestation, ménopause chirurgicale ou provoquée par les rayons dans les cas de déciduome, chorionépithéliome).

Fagarasanu, Christidi, dans 3 cas de tumeurs ovariennes, ont recherché le prolan. Dans un cas, la réaction s'est montrée positive, et la tumeur « présentait des masses étendues de séminome » ; dans les 2 autres cas, la réaction est restée négative. Il s'agissait dans un cas d'un épithélioma glandulaire, dans l'autre d'un kyste dermoïde.

Stoïa, Stanciulescu, Cioc, mentionnent le fait qu'en 2 cas, la recherche du prolan A dans l'urine de la malade a été positive et a permis le diagnostic clinique de séminome, vérifié ensuite par les coupes histologiques.

Ricard et Accard, en 1936, firent chez une malade qui présentait des métrorragies et des douleurs abdominales, le diagnostic de grossesse extra-utérine. La réaction de Brouha était positive. Ils trouvèrent une tumeur de l'ovaire qui était à la vérification histologique, un séminome de l'ovaire.

La recherche du prolan A, lorsqu'elle est positive, ne permet pas de poser le diagnostic de séminome, mais de le soupçonner. La question appelle de nouvelles recherches, car les observations publiées sont encore trop peu nombreuses.

Non diagnostiqué, abandonné à lui-même, ou vu tardivement, le séminome évolue assez rapidement. Chez la malade de Hamant et Cornil, en 6 mois, la tumeur avait dépassé l'ombilic de 3 travers de doigts, occupait tout le flanc et débordait la ligne médiane d'environ 6 centimètres.

Sans aucun traitement, le séminome conduit à la mort, par la cachexie terminale, en passant par les nombreuses complications que nous allons étudier maintenant.

*
**

Les complications peuvent être locales et générales.

Lorsque le pédicule de la tumeur est long et mince, des torsions peuvent se produire. Cette torsion peut être le point de départ d'épanchement, d'adhérences, de l'éclatement de la capsule propre, avec envahissement des anses intestinales et du péritoine, ou encore de la fonte ischémique du centre de la tumeur, comme l'ont remarqué Christidi et Fagarasanu.

Dans quelques cas, on voit la malade, à propos d'accidents aigus locaux — malade hospitalisée pour tumeur abdominale avec ascite et état cachectique (Cioc, de Bucarest) — cas Bonnet, en 1927, où à l'opération, on trouve une tumeur solide de l'ovaire droit, torsionnée, éclatée, d'aspect diffluant, macérée, ressemblant à la rate.

Mais, le séminome ne s'en tient pas là, et il doit sa réputation de grande malignité surtout aux complications générales.

On a pu dire, que le séminome était une tumeur « lymphophile » (Delbet). En effet, si les ensemencements du péritoine sont rares (observation de Laffont et Bonafos, 1934), les ganglions lymphatiques sont très souvent et précocement envahis : l'adénopathie évoluant parallèlement à la tumeur ovarienne, soit plusieurs mois ou plusieurs années après l'extirpation de celle-ci. Et, à une période avancée, qu'il serait désirable de ne point atteindre, les métastases ganglionnaires auraient une grande valeur diagnostique. D'après Jean Hoche, « toute tumeur ovarienne peut donner des métastases dans la région rénale, mais, il en est peu certainement, capables de présenter, des métastases aussi volumineuses et aussi rapidement développées que celles du séminome ». Il existe quelquefois des infiltrations de la base du ligament large, qui se traduisent par un cartonnage pelvien, du côté de la tumeur (Hoche).

Les métastases à distance existent, et l'on a vu des malades venir consulter pour des accidents locaux, que l'on rattache, soit immédiatement à une tumeur abdominale, comme dans le cas curieux de Krafft et Rossetlet, où, à propos d'une métastase du tibia gauche, pour laquelle la malade vient consulter, on trouve 2 tumeurs dans le bassin ; soit tardivement : ainsi, la malade de Stoïa, Stanciulescu, Cioc, présentait de son vivant des hémoptysies ;

l'on trouve à la nécropsie des métastases dans le poumon gauche. On connaît l'histoire de la malade de Siredey et Bécèle, qui, opérée en 1915, présenta en 1921 une tumeur volumineuse de la rate.

*
**

Le pronostic du séminome a été considéré, longtemps, comme très sombre. La malignité, disaient certains, était plus grande que celle du séminome du testicule. En effet, la tumeur restant longtemps mobile, pouvait être prise pour une tumeur bénigne, et n'attirer l'attention qu'une fois la période « opérable », qui est très courte, vient d'être dépassée — tel est l'avis de Stanciulescu, Stoïa, Cioc, qui rapportent l'observation de 3 cas, en 1939, qui, opérés tardivement, se sont terminés rapidement par la mort.

Cependant, deux choses sont venues améliorer considérablement le pronostic : le test biologique qui permet de diagnostiquer une tumeur maligne, de façon précoce — la sensibilité de cette tumeur à la radiothérapie.

Le test biologique, peut rendre, non seulement, service, en décelant la tumeur maligne, mais aussi en dépistant les récidives du séminome.

En effet, après le traitement chirurgical, ou radiothérapique, la recherche du prolan A doit d'habitude devenir négative, dans un délai qui varie

entre quelques semaines et un mois. Ce qui permet d'entreprendre un traitement convenable.

D'après Fergusson, le pronostic est bon, quand 2 semaines après le traitement le taux d'excrétion du prolan A est descendu au-dessous de 400 unités souris par litre d'urine. Il est fatal, si en dépit du traitement, le taux initial ne diminue pas, et, à **plus** forte raison s'il augmente.

On devra donc, chez toute opérée, pratiquer de temps en temps, la recherche et le dosage du prolan A dans les urines.

*
**

Nous allons maintenant étudier les divers traitements proposés :

Le traitement chirurgical a toujours été appliqué depuis que nous connaissons les séminomes de l'ovaire, d'abord seul, puis la radiosensibilité des séminomes a été mise en lumière par Bécclère, en 1905, pour les tumeurs du testicule. Bécclère observe la même sensibilité pour les énormes néoplasmes, intra-abdominaux, consécutifs à l'invasion des ganglions lombo-aortiques — « cette radio-sensibilité, nous dit Bécclère, s'explique par l'extraordinaire sensibilité, que présentent à l'état physiologique les éléments cellulaires dont ils tirent leur origine : les cellules épithéliales des tubes séminifères ».

En 1934, dans son article de la « Presse Médicale », Bécclère, démontre que la même radio-sensi-

bilité se retrouve au séminome^e de l'ovaire et il en apporte trois observations, auxquelles on peut ajouter celles de Krafft, de Rosselet, des Roumains. On ne note qu'une seule fois, où le traitement roentgénéthérapique a échoué immédiatement : dans une observation rapportée par Christidi et Fagarasanu — il s'agit d'une tumeur mixte, zone de métaplasie malphigienne et épithélioma glandulaire.

Nous connaissons deux cas, l'un guéri depuis treize ans, l'autre depuis quinze ans (Coliez, 1938). Les autres sont guéris depuis trois ans ou six ans.

D'après une communication orale, faite par M. Rubens-Duval, à notre maître, le Docteur R. Dupont, il connaît trois cas : l'un après intervention chirurgicale a été soumis à un traitement systématique radiothérapique et à la protéinothérapie par les gloxines et par une auto-protéine préparée avec son sang ; la guérison se maintient depuis 1939. Un autre, traité de la même façon en 1938, avec le même résultat, présentait une grosse adénopathie, latéro-cervicale gauche. Le troisième est, de même, en bon état.

Depuis ces travaux, on applique donc systématiquement un traitement radiothérapique post-opératoire.

Nous, nous croyons que le traitement chirurgical précoce, dès l'apparition de la tumeur, peut suffire, lorsque le séminome enlevé en bloc, est entouré d'une coque épaisse. Ainsi, il reste localisé un temps assez long, et son essaimage est tardif. Dans

ce cas, le traitement roentgenthérapique systématique nous semble discutable et son emploi nous semble bien déterminé — si l'on se trouve en présence d'une femme, à qui l'on a enlevé utérus et annexes, ou chez laquelle les organes génitaux internes sont atrophiés ou manquent, le traitement ne présente aucun inconvénient.

Mais, si l'on se trouve en présence d'une malade dont l'ovaire restant ne présente aucune lésion, comme il s'agit, en général, d'un sujet jeune, la radiothérapie ne manquerait pas d'atrophier cet ovaire. Le mieux, à notre avis, est de suivre l'opérée et de rechercher l'apparition d'une métastase — (nous connaissons alors toute la valeur du test biologique). — Si celle-ci se produit, il est indiqué d'appliquer tout de suite un traitement radiothérapique — nous savons que celui-ci agit admirablement sur les métastases. — Rubens-Duval a traité ainsi une métastase cervicale, apparue un an après l'opération et a guéri sa malade ; Krafft et Rosselet ont traité une métastase au niveau du tibia ; Doubrère est intervenu pour une récurrence et après hystérectomie a fait faire des applications de radium, ce malade était sans récurrence cinq ans après.

La radiothérapie rend également de grands services, dans les cas où la tumeur ne peut être enlevée en entier — c'est ainsi que Daniel, Saimaru et Procopie ayant dû laisser un peu de tissu néoplasique du côté de la vessie ont vu après douze séances de radiothérapie profonde presque disparaître la

masse persistante. Il en est de même de l'observation de Hoche. Thelin et Rosselet enlèvent un séminome, il reste de grosses masses rétro-péritonéales inextirpables ; la radiothérapie fait disparaître ces masses.

*
* *

On voit donc que le traitement du séminome de l'ovaire doit être d'abord chirurgical, bien que la radiothérapie seule, ainsi que l'a montré Antoine Béchère, soit capable de guérir ces tumeurs, on ne peut appliquer d'emblée le traitement par les rayons, car on ne peut être certain du diagnostic. Aucun test ne nous permet actuellement de diagnostiquer un séminome, sans examen histologique — le diagnostic par le prolan n'ayant pas fait encore ses preuves — un traitement radiothérapique d'épreuve risquerait non seulement de nous faire perdre du temps, mais encore d'aggraver cette tumeur, si celle-ci est contraire à la radiothérapie. Enfin, en cas de lésion unilatérale, avec ovaire sain du côté opposé, elle atrophierait cet ovaire, entraînant ainsi une castration totale, que l'on évitera par l'intervention ; et la chose est d'importance, car, les femmes opérées d'un séminome avec appareil génital normal, peuvent avoir des enfants — nous en connaissons déjà quelques cas.

En cas de récurrence, d'apparition de métastases, la radiothérapie reprend tous ses droits et rend les plus grands services ; nous en avons eu des exemples au cours de ces études.

CONCLUSIONS

Nous avons laissé de côté bien des points intéressant les séminomes, notamment, ceux qui se développent sur un ovo-testis, dont nous n'avons trouvé que deux cas (Rendu et Pouzet, Horand et Fayol) et nous avons passé rapidement sur les séminomes doubles, dont nous avons relevé quelques cas (Ménétrier, Peyron, Isch-Wall et Lory, Lazaresco, Plataréanu, Knaff et Rosselet, Georges Vincent).

Nous avons voulu surtout attirer l'attention après bien d'autres :

1° — sur la fréquence relative des séminomes chez les personnes présentant une malformation de l'appareil génital ou une absence de celui-ci.

2° — sur le fait que le séminome de l'ovaire apparaît, en général, autour de la vingtième année, et sur le fait qu'il nous a paru que la ménopause, quoiqu'on en ait dit, ne semble pas être une cause plus prédisposante que la période de vie génitale active.

3° — que si les tests biologiques ne donnent que des résultats incertains, en matière de diagnostic, ils ont une grosse valeur pronostic.

4° — sur le fait que le traitement doit être essentiellement chirurgical. La radiothérapie n'étant indiquée, qu'en cas de tumeurs inextirpables, de métastases ou de récidives.

Etant donné l'extrême sensibilité à la radiothérapie de ces tumeurs, leur traitement préventif, après l'opération, nous paraît devoir être proscrit, si l'autre ovaire est sain, d'autant plus que le test biologique par le prolan A nous permet de surveiller la malade.

5° — sur le fait que le pronostic des séminomes opérés à temps est excellent.

Vu: *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu: *Le Président de Thèse,*
L. PORTES.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Robert DUPONT. — Communications à la Société de Chirurgie, 28 février 1945.
- ROUSSI, LEROUX, OBERLIN. — Précis d'Anatomie Pathologique, 1942.
- Jean HOCHÉ. — Sur les séminomes de l'ovaire, Nancy, 1929.
- Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer, n° 6, juin 1930.
- RENDU et POUZET. — Lyon Médical, 1926.
- René HORAND et FAYOL. — Lyon Médical, 1912, t.57.
- MÉNÉTRIÉR, PEYRON, ISCH-WALL. — Bulletin du Cancer, t. II, n° 4.
- Robert DUPONT et SIMARD. — Annales d'Anatomie Pathologique, t. II, n° 6, 1925.
- PEREVA et SILVA. — Lisbonne, 1928.
- MORICAND. — Hormonologie sexuelle humaine, 1943.
- CHRISTIDI, FAGARASANU. — Le séminome ovarien, trois observations, Lyon Chirurgical, t.35, n°1, janvier, février 1938.
- R. COLIEZ. — Sur deux cas de cancers traités par la roentgenthérapie et la curiethérapie et guéris depuis 13 et 15 ans (séminome). Gazette Médicale de France (Supp. Cah. Radiol.) 45 : 471-475, Octobre I, 1938.

- Albert DOUAY. — Séminome de l'ovaire chez un pseudo-hermaphrodite (compte rendu de la Société Française de Gynécologie. Octobre 1943, in : Revue Française de Gynécologie, § d'Obstétrique, n° 11, février 1944, p. 73).
- H. LOBBER et M. VESELL. — Estrogénic determinations in case of digerminoma ovarii complicated by pregnancy. (Endocrinology 27 : 157-159, juil. 1940).
- F. SPIELMAN et F.-H. MORTON. — Hormonal bio-assay in case of ovarian digerminoma. (Am. J. Obst. Gynec. 36 : 665-670, octobre 1938).
- J. STOÏA, P. STANCIULESCU et M. CIOC. — Considérations sur les séminomes de l'ovaire. (Bull. Assoc. franç. pour l'étude du cancer, 28 : 999-1008, novembre, décembre 1939).
- KRAFFT. — Congrès français de Chirurgie, octobre 1912. — Congrès français de Gynéco.
- DANIEL, SAIMARU et PROCOPIE. — Gynécol. et obst. t. VIII, 1933.
- THELIN et ROSSELET. — Revue médicale de la Suisse Romande, 1927.
- Antoine BÉCLÈRE. — Société Gynécol. et obstét., 2 mars 1930. — Presse Médicale, 24 sept. 1934.
- HAMANT et Lucien CORNIL. — Bulletin de la Société d'obstét. et de gynécol., n° 8, 1925.
- Robert DUPONT. — Bulletin de la Société d'obstét. et de gynécol., n°s 3 et 4, 1925.
- LAFFONT et BONAFOS. — Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie, n° 9, novembre 1934.